

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA OŚWIATY I CZŁONKÓW JEGO RODZINY (UBEZPIECZONY) DO PROGRAMU BEZPIECZNA RODZINA (BR)

Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej w Życiu Prywatnym, Odpowiedzialności Cywilnej i Materialnej Nauczycieli oraz Pozostałych Pracowników Szkoły lub Odpowiedzialności Cywilnej Dyrektora Placówki Oświatowej (Zastępcy Dyrektora oraz Osoby Pełniącej Obowiązki Dyrektora) w ramach programu Bezpieczna Rodzina (BR) zawartego przez NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8 jako Ubezpieczającym, z InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy ul. Noakowskiego 22 (zwane dalej InterRisk).

Jednocześnie oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i finansowaniem kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałem/am i zapoznałem/am się ze Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia Bezpieczna Rodzina zatwierdzonymi uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 r. (zwane dalej SWU), informacją, o której mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości i procedury złożenia oraz rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów oraz informację, że Ubezpieczający nie otrzymuje od Ubezpieczyciela wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego w ramach Programu Bezpieczna Rodzina i je akceptuję.

Oświadczam, że otrzymałem/am standardyzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym i jestem świadomy/a, że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia.

Dystrybutor ubezpieczeń – Nauczycielska Agencja Ubezpieczeniowa S.A. z siedzibą w Warszawie (dalej: NAU) – przeprowadził analizę potrzeb Ubezpieczającego w zakresie ubezpieczeń OC w życiu prywatnym i zawodowym i na tej podstawie opracowano ubezpieczenie, do którego Pan/Pani może przystąpić. To ubezpieczenie obejmuje następujące potrzeby ubezpieczonych:

- a. zapewnienie ochrony w życiu prywatnym przed odpowiedzialnością cywilną wynikającą z czynu zabronionego,
- b. zapewnienie ochrony w życiu zawodowym przed odpowiedzialnością cywilną wynikającą z czynu zabronionego,

- c. zapewnienie ochrony w życiu zawodowym przed odpowiedzialnością cywilną wynikającą z odpowiedzialności kontraktowej.
- Przeprowadzana analiza potrzeb nie uwzględnia innych ryzyk i potrzeb, poza wskazanymi powyżej. Jeżeli zatem Państwa wymagania lub potrzeby wykraczają poza wskazany zakres, prosimy o bezpośredni kontakt z NAU – mailowo bok@nau.pl, telefonicznie 22 696 72 70 – celem przygotowania dodatkowej oferty ubezpieczeniowej. W innym przypadku, podpisując tę deklarację jednocześnie oświadczam Pan/Pani, że proponowane ubezpieczenie jest zgodne z Pana/Pani potrzebami w zakresie wskazanym powyżej.

**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:**

1. Umowę grupowego ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej w Życiu Prywatnym, Odpowiedzialności Cywilnej i Materialnej Nauczycieli oraz Pozostałych Pracowników Szkoły lub Odpowiedzialności Cywilnej Dyrektora Placówki Oświatowej (Zastępcy Dyrektora oraz Osoby Pełniącej Obowiązki Dyrektora) w ramach programu Bezpieczna Rodzina (BR) wobec Ubezpiezonego zawiera się na okres 12 miesięcy.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej w Życiu Prywatnym, Odpowiedzialności Cywilnej i Materialnej Nauczycieli oraz Pozostałych Pracowników Szkoły lub Odpowiedzialności Cywilnej Dyrektora Placówki Oświatowej (Zastępcy Dyrektora oraz Osoby Pełniącej Obowiązki Dyrektora) w ramach programu Bezpieczna Rodzina (BR) w stosunku do Ubezpiezonego rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony został zgłoszony do InterRisk w formie listy osób przystępujących, na podstawie złożonej Ubezpieczającemu deklaracji przystąpienia.
3. Umowa grupowego ubezpieczenia wobec Ubezpiezonego może zostać przedłużona na kolejne 12-miesięczne okresy ubezpieczenia na warunkach dotychczas obowiązujących i tożsamych w dniu jej przedłużenia. W takim przypadku odpowiedzialność InterRisk z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina (BR) na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia zatwierdzonych uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 (zwane dalej SWU), w stosunku do Ubezpiezonego, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony został ponownie zgłoszony do InterRisk w formie listy osób przystępujących, zgodnie z warunkami obowiązującymi w dniu przedłużenia umowy, bez konieczności dalszego składania deklaracji przystąpienia Ubezpieczającemu.

**Oświadczam, że przystępuję do umowy ubezpieczenia:**

**Odpowiedzialności Cywilnej i Materialnej Nauczyciela oraz Pozostałych Pracowników Szkoły (OC1 BR) w wariancie ze składką miesięczną:**

**Wariant I (SU 100 000 zł)**

3,30 zł

**Wariant II (SU 150 000 zł)**

5 zł

**Wariant III (SU 200 000 zł)**

5,50 zł

**Odpowiedzialności Cywilnej Dyrektora Placówki Oświatowej (Zastępcy Dyrektora oraz Osoby Pełniającej Obowiązki Dyrektora) (OC2 BR) w wariancie ze składką miesięczną:**

**Wariant I (SU 100 000 zł)**

8,30 zł

**Wariant II (SU 150 000 zł)**

11,00 zł

**Wariant III (SU 200 000 zł)**

14,00 zł

**Odpowiedzialności Cywilnej Osób Fizycznych w Życiu Prywatnym (OC3 BR) w wariancie ze składką miesięczną:**

**Wariant I (SU 100 000 zł)**

5,00 zł

**Wariant II (SU 150 000 zł)**

7,50 zł

**Wariant III (SU 200 000 zł)**

9,00 zł

**Dane Pracownika Oświaty przystępującego do Programu Bezpieczna Rodzina (BR):**

imię i nazwisko

adres zamieszkania

PESEL

adres e-mail

telefon kontaktowy

**KLAUZULA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH:**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (00-668), ul. Noakowskiego 22. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do danych; zgądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych; wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych; przenoszenia danych osobowych. Szczegóły: <https://www.interrisk.pl/newsroom/obowiazek-informacyjny-administratora-danych-osobowych/>

**ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:**

Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przeprowadzić Pani/Pana analizę potrzeb oraz przedstawić odpowiednio propozycje umów ubezpieczenia.  TAK

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-379 Warszawa, w celu określenia moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej i przedstawienia mi propozycji umów ubezpieczenia.  NIE

Dzięki tej zgodzie podmioty z grupy kapitałowej NAU będą mogły przedstawić Pani/Panu ofertę własnych usług.  TAK

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, w celach marketingowych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez te podmioty w powyższych celach oraz w celu przedstawienia mi odpowiedniej oferty.  NIE

**Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przedstawić Pani/Panu ofertę, a także przekazywać informacje o posiadanym ubezpieczeniu za pomocą wiadomości elektronicznej lub połączenia głosowego.**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-379 Warszawa a także w przypadku wyrażenia zgody z pkt 2 – również innych podmiotów z grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, SWU oraz informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej w ramach programu Bezpieczna Rodzina, a także informacji handlowo – marketingowych, z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS)  TAK  NIE      połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe)  TAK  NIE

data i czytelny podpis pracownika

## OŚWIADCZENIA CZŁONKÓW RODZINY PRACOWNIKA OŚWIATY

Jednocześnie oświadczam, że posiadam stosowne pełnomocnictwa od członków mojej rodziny wskazanych w poniższej tabeli, do składania w ich imieniu oświadczeń i zgód – z wyłączeniem zgód i oświadczeń z zakresu przetwarzania danych osobowych – związanych z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia w ramach Programu Bezpieczna Rodzina, na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Bezpieczna Rodzina zatwierdzonych uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 r., zawartego przez Ubezpieczającego – NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, z Ubezpieczycielem – InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

data i czytelny podpis pracownika

**Tym samym oświadczam, że:**

1. Przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, otrzymałem/am i zapoznałem/am się ze Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia Bezpieczna Rodzina zatwierdzonymi uchwałą nr 03/15/09/2020 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15.09.2020 r. (zwane dalej „SWU”), informacją, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości oraz procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów oraz informacją, że Ubezpieczający nie otrzymuje od Ubezpieczyciela wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego w ramach Programu Bezpieczna Rodzina i je akceptuję.
2. Otrzymałem/am ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Jestem świadomy/a, że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w SWU.

data i czytelny podpis pracownika

Imię i nazwisko	Status	PESEL	Składka miesięczna za ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej i Materialnej dla członka rodziny będącego pracownikiem oświaty			Składka miesięczna za ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej dla członka rodziny będącego Dyrektorem/Zastępcą Dyrektora placówki oświatowej			Składka miesięczna za ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej w Życiu Prywatnym dla członka rodziny		
			Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant I	Wariant II	Wariant III
	<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner		<input type="checkbox"/> 3,30 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,50 zł	<input type="checkbox"/> 8,30 zł	<input type="checkbox"/> 11,00 zł	<input type="checkbox"/> 14,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 7,50 zł	<input type="checkbox"/> 9,00 zł
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 3,30 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,50 zł	<input type="checkbox"/> 8,30 zł	<input type="checkbox"/> 11,00 zł	<input type="checkbox"/> 14,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 7,50 zł	<input type="checkbox"/> 9,00 zł
	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika		<input type="checkbox"/> 3,30 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,50 zł	<input type="checkbox"/> 8,30 zł	<input type="checkbox"/> 11,00 zł	<input type="checkbox"/> 14,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 7,50 zł	<input type="checkbox"/> 9,00 zł
	<input type="checkbox"/> zięć/synowa pracownika		<input type="checkbox"/> 3,30 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,50 zł	<input type="checkbox"/> 8,30 zł	<input type="checkbox"/> 11,00 zł	<input type="checkbox"/> 14,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 7,50 zł	<input type="checkbox"/> 9,00 zł
	<input type="checkbox"/> wnuk pracownika		<input type="checkbox"/> 3,30 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,50 zł	<input type="checkbox"/> 8,30 zł	<input type="checkbox"/> 11,00 zł	<input type="checkbox"/> 14,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 7,50 zł	<input type="checkbox"/> 9,00 zł
	<input type="checkbox"/> rodzic pracownika		<input type="checkbox"/> 3,30 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,50 zł	<input type="checkbox"/> 8,30 zł	<input type="checkbox"/> 11,00 zł	<input type="checkbox"/> 14,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 7,50 zł	<input type="checkbox"/> 9,00 zł
	<input type="checkbox"/> rodzic współmałżonka/partnera		<input type="checkbox"/> 3,30 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,50 zł	<input type="checkbox"/> 8,30 zł	<input type="checkbox"/> 11,00 zł	<input type="checkbox"/> 14,00 zł	<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 7,50 zł	<input type="checkbox"/> 9,00 zł